



2.96 - ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE
Guide de gestion périprocédurale des
anticoagulants oraux directs (AOD)
Service d'Électrophysiologie (EPS) (Pré-admission)

I. CONSIGNES D'APPLICATIONS

Tous les patients prenant des anticoagulants oraux directs (AOD) ayant une procédure planifiée en Électrophysiologie ET en l'absence d'évènement thromboembolique récent (< 6 mois)

II. SUSPENDRE L'AOD EN FONCTION DES TABLEAUX SUIVANTS

NB : Le jour de la procédure (Jour 0) **aucun AOD ne doit être administré**. Le jour 0 n'est pas pris en compte dans le calcul des doses à omettre.

Implantation de pacemaker ou défibrillateur

Anticoagulant	DFGe ≥ 50 mL/min/1,73 m ²	DFGe ≥ 30 et < 50 mL/min/1,73 m ²	DFGe < 30 mL/min/1,73 m ²
Dabigatran (<i>Pradaxa</i> ^{MC}) <u>OU</u> Apixaban (<i>Eliquis</i> ^{MC}) Prise BID	Cesser 12h avant la procédure Omettre 1 dose	Cesser 24h avant la procédure Omettre 2 doses	Cesser 60h avant la procédure Omettre 5 doses
Rivaroxaban (<i>Xarelto</i> ^{MC}) <u>OU</u> Edoxaban (<i>Lixiana</i> ^{MC}) Prise DIE	Cesser 24h avant la procédure Omettre 1 dose	Cesser 48h avant la procédure Omettre 2 doses	Cesser 72h avant la procédure Omettre 3 doses

Exérèse de sondes

Anticoagulant	DFGe ≥ 50 mL/min/1,73 m ²	DFGe ≥ 30 et < 50 mL/min/1,73 m ²	DFGe < 30 mL/min/1,73 m ²
Dabigatran (<i>Pradaxa</i> ^{MC}) <u>OU</u> Apixaban (<i>Eliquis</i> ^{MC}) Prise BID	Cesser 48h avant la procédure Omettre 4 doses	Cesser 72h avant la procédure Omettre 6 doses	Cesser 120h avant la procédure Omettre 10 doses
Rivaroxaban (<i>Xarelto</i> ^{MC}) <u>OU</u> Edoxaban (<i>Lixiana</i> ^{MC}) Prise DIE	Cesser 48h avant la procédure Omettre 2 doses	Cesser 72h avant la procédure Omettre 3 doses	Cesser 120h avant la procédure Omettre 5 doses

Moniteur cardiaque implantable (implantation ou exérèse)

Tous les AOD	Omettre seulement la dose du matin de la procédure (Jour 0) *Si AOD à prise DIE PM, omettre la dose du soir la veille
--------------	--

Toutes les procédures d'ablation et étude électrophysiologique

Tous les AOD	Omettre seulement la dose du matin de la procédure (Jour 0)
--------------	---

Signature du médecin : _____	Date : _____ Heure : _____
------------------------------	----------------------------